



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

CALIDAD DE VIDA Y APOYO SOCIAL EN PERSONAS MAYORES INTERVENIDAS DE PRÓTESIS DE RODILLA

**QUALITY OF LIFE AND SOCIAL SUPPORT IN OLDER
PEOPLE UNDERGOING KNEE PROSTHESIS**

Autora: Leticia Díaz Fontalva

Director: Ángel Gasch Gallén

Facultad de Ciencias de la Salud

2016 Zaragoza

INDICE

| | |
|---|-------------|
| RESUMEN | 2 |
| ABSTRACT | 2 |
| INTRODUCCIÓN | 3,4,5,6,7 |
| OBJETIVOS | 7 |
| HIPÓTESIS | 7 |
| METODOLOGÍA: | |
| - DISEÑO DE ESTUDIO | 8 |
| - POBLACIÓN EN ESTUDIO | 8 |
| - CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN | 8,9 |
| - DESCRIPCIÓN DE VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA | 9,10 |
| - ANÁLISIS ESTADÍSTICO | 10, 11 |
| RESULTADOS | |
| - DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO | 11,12 |
| - RESULTADOS ESTUDIO ASOCIACIÓN | 12,13,14,15 |
| DISCUSIÓN | 16,17,18 |
| CONCLUSIÓN | 19, 20 |
| AGRADECIMIENTOS | 20 |
| BIBLIOGRAFÍA | 21,22,23,24 |
| ANEXOS | 25,26,27,28 |

RESUMEN

La artroplastia total de rodilla (ATR) es una de las intervenciones más frecuentes en los pacientes con artrosis de rodilla moderada o grave por ser uno de los métodos más efectivos para mejorar la función, aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida de los pacientes. La presente investigación pretende medir la calidad de vida y el apoyo social percibidos en nuestra población de estudio tras ser intervenidos de prótesis de rodilla. Este trabajo se propone determinar la relación existente entre calidad de vida, apoyo social y las variables socio-económicas en una población de pacientes, a partir de 60 años, que han sido intervenidos de artroplastia de rodilla en el Hospital Universitario "Miguel Servet" (Zaragoza). Para ello, se entrevistó a un total de 59 personas durante su estancia hospitalaria, concluyendo que la calidad de vida era mejor en las personas con estudios primarios y en aquellas procedentes de la ciudad. Se observó una correlación positiva débil en la que a mayor edad menor apoyo social percibido y recibieron un mayor apoyo social todas aquellas personas que seguían en activo, asociación significativa.

Palabras claves: prótesis o artroplastia de rodilla, calidad de vida, apoyo social, cuidados de enfermería en protésicos de rodilla.

ABSTRACT

Total knee arthroplasty (TKA; also total knee replacement) is one of the most referred interventions in patients with moderate to severe osteoarthritis as one of the most effective methods to improve function, relieve pain and improve the quality of the patient's life. The present research aims to measure the quality of life and social support perceived in our sampling of patients that had undergone knee replacement surgery. The objective of the study was to determine the relationship between quality of life, social support and socio-economic variables in a population of patients aged 60 years who had total knee arthroplasty in the Miguel Servet University Hospital (Zaragoza). A total of 59 people were interviewed during their hospital stay and the conclusion was that the quality of life was better in people with primary education and in those coming from the city. A slightly positive correlation was found which allows us to say that the younger the age, the less perceived the social support was whereas all those who were still active received a greater social support, a significant association.

Key words: knee prosthesis or arthroplasty, quality of life, social support, nursing care in knee prostheses.

INTRODUCCIÓN

La artroplastia de rodilla (ATR) es hoy en día una de las intervenciones más eficientes y consolidadas en el campo de la cirugía ortopédica, es el tratamiento de elección de la artrosis de grado III en personas mayores de 60 años, que permite recuperar la movilidad para reintegrar al paciente a las actividades propias de su edad(1). Es probablemente la cirugía ortopédica con mayor tasa de éxitos y produce una gran satisfacción al paciente y al cirujano. La ATR ayuda de forma considerable a mejorar la función, eliminar el dolor y a proporcionar una mejor calidad de vida a los pacientes afectados de graves alteraciones degenerativas en dicha articulación (2). El Índice de Barthel más alto en un estudio realizado, se obtuvo en este tipo de pacientes(3). El principal motivo de indicación de las artroplastias de rodilla es en general la artrosis que, en España, afecta a alrededor del 14% de las mujeres y del 5,7 % de los varones (4).

En los últimos años se ha documentado que no sólo los cambios del envejecimiento provocan este padecimiento, existen además otros factores de riesgo como la obesidad, tensiones o inestabilidad de la articulación, factores genéticos, traumatismos, etc., que predisponen a la enfermedad. Tanto el envejecimiento como la obesidad han generado que la artrosis de rodilla sea uno de los problemas crónico-degenerativos de mayor frecuencia en nuestro país (5). Por ello la obesidad debe prevenirse en la artrosis de rodilla y también tenerse en cuenta en los intervenidos de prótesis de rodilla (6).

Tras la intervención de prótesis de rodilla existen distintas causas de fracaso como pueden ser, la infección, el dolor o el aflojamiento, y pueden estar determinadas por situaciones como la pérdida de reserva ósea o la inestabilidad ligamentosa, entre otras (7).

Una de las causas más frecuentes de revisión es el aflojamiento séptico. Su incidencia ha ido disminuyendo como consecuencia del uso de profilaxis antibiótica(7). Varios factores potencialmente modificables relacionados con el paciente (historias de diabetes, artritis reumatoide y depresión) son esenciales para reducir la incidencia en este tipo de infecciones (8). Respecto al dolor podemos decir que, el uso

de uno o varios analgésicos en el preoperatorio disminuye el consumo de éstos y con ello el dolor en el postoperatorio, al menos el dolor agudo (9). Hay factores pre quirúrgicos que pueden tener efecto sobre los niveles de dolor postquirúrgico, existe una fuerte y consistente asociación con: el sexo femenino, el bajo nivel socioeconómico, un mayor nivel de dolor preoperatorio y la presencia de factores psicológicos (10). La mayoría (80%) de los pacientes a los que se les realiza una artroplastia total de rodilla de revisión cuando la prótesis primaria ha fallado, tienen una buena evolución y obtienen resultados adecuados (11).

El aumento en el número de artroplastias de rodilla y la variabilidad en los criterios clínicos para intervenir, hacen necesaria una reflexión sobre el uso adecuado de estos procedimientos. Se impone la necesidad de profundizar en otro tipo de criterios, priorizar a los pacientes teniendo en cuenta sus puntos de vista relacionados con sus condicionantes de salud y psicosociales (12).

La rehabilitación de estos pacientes debe comenzar tan pronto como sea posible, siendo fundamental en todo el proceso la colaboración del mismo. Incluso algunos autores defienden la posibilidad de un tratamiento intensivo en régimen de ingreso hospitalario (13). Los pacientes presentan un perfil de dependencia leve-moderada para las actividades de la vida diaria. El principal problema de Enfermería al alta es el déficit de auto cuidado, presente en más de la mitad de los casos. Otros problemas prevalentes han sido el manejo ineficaz de la sintomatología y riesgo del mal uso del régimen terapéutico del propio paciente (14).

Por lo tanto sabemos que los cuidados de enfermería a estos pacientes en la fase de recuperación tras la intervención quirúrgica son muy importantes debido a los cambios producidos en su estado de salud y a las necesidades alteradas, y deben ir encaminados a la prevención de complicaciones y el fomento de la autonomía del paciente para conseguir una recuperación temprana (15). Su enfermera de referencia debe realizar una valoración inicial, elaborar el plan de cuidados personalizado y preparar el Informe de Continuidad de Cuidados dirigido a la enfermera de Atención Primaria, garantizando así la continuidad de los mismos una vez dada de alta. Se pretende hacer ver el beneficio que supone la existencia de la figura de la enfermera

referente y su repercusión en el aumento de la calidad de los cuidados prestados al paciente (16).

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es cada vez más importante como una manera de estudiar la salud de la población y de analizar la eficacia y efectividad de las intervenciones sanitarias, para ello se requieren cuestionarios muy robustos, que puedan administrarse de manera rápida y sencilla, y que permitan obtener resultados fiables y válidos. Existen pocos cuestionarios con estas características (17). Algunos de ellos podrían ser el cuestionario EuroQol-5D y el MOS-SS (Medical Outcomes Study-Social Support Survey), utilizados para medir la calidad de vida y el apoyo social de la muestra a estudiar , útiles en este tipo de estudio(18)..

El cuestionario **EuroQol-5D (EQ-5D)** es un instrumento genérico y estandarizado, genérico por no hacer referencia a ninguna enfermedad específica. Estandarizado, porque con este instrumento se pretende valorar un conjunto estandarizado de estados de salud (19). Su propósito original es generar un índice cardinal de salud, lo cual tiene un considerable potencial para su uso en evaluación económica. La utilización del cuestionario EuroQol-5D (EQ-5D) está diseñado como un cuestionario sencillo que puede ser administrado en condiciones muy variables de medición, como es la medición de la salud en dimensiones físicas, psicológicas y sociales, además de tener utilidad en la asignación de recursos sanitarios. Se utiliza tanto en individuos sanos como en grupos de pacientes con diferentes patologías. El individuo valora su estado de salud en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo) y en una escala visual analógica (EVA) más general (9) .Constituye una referencia para realizar comparaciones entre grupos de pacientes y la población general, así como para hacer el seguimiento de la evolución de la salud de los pacientes y contribuir así a la obtención de medidas de efectividad para la evaluación económica de tecnologías sanitarias. Este índice ha sido recomendado para ser utilizado en análisis coste-utilidad de tecnologías sanitarias por el *National Institute for Health and Clinical Excellence* (19).

En este estudio haremos referencia a los beneficios que sobre la salud tiene la percepción de estar recibiendo apoyo social, realizamos un estudio descriptivo para

validar el cuestionario **MOS-SSS** (Medical Outcomes Study - Social Support Survey) de apoyo social. El constructo de apoyo social intenta contemplarse como un conjunto de dimensiones que recogen aspectos cuantitativos y cualitativos. El componente cuantitativo del apoyo social se refiere al abanico e interconexión de recursos que lo posibilitan; y el cualitativo, con un carácter más multidimensional, se refiere al sentimiento positivo o negativo que va asociado a las funciones básicas de las relaciones interpersonales en la persona que lo recibe como es nuestro caso (18).

El cuestionario de apoyo social *MOS-SSS* consta de 20 ítems. Todos a partir del segundo ítem, se miden en una escala tipo likert con 5 opciones de respuesta, se puntúan de 1 (nunca) a 5 (siempre). Mayor puntuación cuanto más alto es el nivel de apoyo social que percibimos. El primer ítem evalúa el apoyo estructural o cuantitativo (p. ej., número de amigos íntimos y familiares cercanos), con los 19 restantes se miden 4 dimensiones de apoyo social funcional o cualitativo: a) apoyo emocional/informacional, como es la expresión de afecto y comprensión empática (formado por 8 ítems: 3; 4; 8; 9; 13; 16; 17, y 19); b) interacción social positiva, como la disponibilidad de otras personas para reunirse, divertirse o pasarlo bien (formado por 4 ítems: 7; 11; 14, y 18); c) apoyo afectivo, demostraciones reales de amor, cariño o empatía (formado por 3 ítems: 6; 10, y 20), y d) apoyo instrumental, hace referencia a la ayuda material o tangible que se pueda recibir (formado por 4 ítems: 2; 5; 12, y 15). Se puede obtener un índice global de apoyo social como resultado de la suma de las puntuaciones de los 19 ítems que forman el apoyo funcional (18).

En la adaptación española del cuestionario la estructura factorial del MOS-SSS se agrupa en 3 factores: a) apoyo emocional/informacional; b) apoyo afectivo, y c) apoyo instrumental.

La falta de evidencia en el tiempo necesario para la consecución de una funcionalidad óptima parece relacionarse con la participación en actividades sociales y físicas, y no tanto con la fuerza muscular y el grado de movilidad (20). Existe una relación directa entre percepción de salud y bienestar psicológico, que puede fundamentarse en que la salud constituye un estado global de bienestar y no sólo la ausencia de enfermedades. Una persona funcional, capaz de desenvolverse, se asocia a una mejor calidad de vida, dentro de la cual la dimensión emocional tiene una relación

directa con la salud, tanto en los aspectos objetivos (morbilidad) como en los subjetivos (percepción de salud), en una relación recíproca. La salud está totalmente vinculada al bienestar de las personas mayores y por lo tanto las actitudes positivas tienen un efecto protector sobre la salud y la calidad de vida (21).

Existen escasos estudios que midan la percepción de la calidad de vida y del apoyo social en personas mayores intervenidas de prótesis de rodilla mientras están ingresadas. Identificar la existencia de factores socio-económicos que pueden determinar una mayor calidad de vida y la mejora en el apoyo social en estos casos, puede orientar el diseño de intervenciones para favorecer la estancia de los pacientes recién operados y además facilitar la planificación del alta. Por tanto para ello mediremos el nivel socio económico de la persona intervenida y su familia durante el ingreso (en aquellas que viven en la ciudad como las que viven en zona rural) la calidad de vida y el apoyo social que recibe cada una de ellas, aspecto que como hemos citado está totalmente vinculado a su recuperación y evolución postoperatoria tras el alta hospitalaria.

OBJETIVOS

Identificar la relación existente entre calidad de vida, apoyo social percibido y variables socio económicas en una población de personas, a partir de 60 años intervenidos de prótesis de rodilla, durante su estancia hospitalaria.

HIPÓTESIS

Existe una mayor percepción de calidad de vida y de apoyo social tras una intervención de prótesis de rodilla en hombres, en aquellas personas que proceden de entornos rurales, que no conviven solas, que poseen niveles educativos altos y cuya situación económica es buena.

METODOLOGIA

DISEÑO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo en el que se estudia la asociación entre variables socio económicas(edad, sexo, procedencia, nivel de estudios, situación de convivencia, situación económica y posibles enfermedades), con la calidad de vida y apoyo social percibidos.

POBLACIÓN EN ESTUDIO

Hemos accedido a una población susceptible de ser sometida a una artroplastia total de rodilla, diagnosticada por gonartrosis, artritis reumatoide o necrosis de cóndilo femoral, pertenecientes al área de influencia geográfica del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Esta población en estudio ha estado ingresada en el servicio de Cirugía Ortopédica, planta séptima del edificio de Traumatología. Tratándose de personas con edad comprendidas entre 60 y más años, se les recogió la información a todos ellos durante su estancia hospitalaria (duración mínima del ingreso: 3 días) en el período comprendido entre marzo y junio del 2016. El tamaño muestral que he conseguido ha sido de cincuenta y nueve personas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Los criterios de inclusión fueron: Pacientes de 60 años y mayores sometidos a una artroplastia total de rodilla indicada por gonartrosis, artritis reumatoide o necrosis de cóndilo femoral; incluyendo también a aquellos que sean por sustitución o recambio de prótesis por aflojamiento, en el Hospital Universitario Miguel Servet en las fechas en las que se realiza el estudio.

Los criterios de exclusión fueron:

- Presencia de patología neoplásica maligna activa
- Infección bacteriana activa
- Patología hematológica o trastornos de coagulación conocidos

- Negativa del paciente a su inclusión o permanencia en el estudio.
- Aquellos menores de sesenta años

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Información relativa a todas las variables recogidas en el momento de la entrevista a través de los cuestionarios mencionados. A continuación se detallan las variables incluidas.

1. Variables socio económicas

Como variables independientes se tendrán en cuenta la edad, el sexo (hombre/mujer), la procedencia (rural o urbana, teniendo en cuenta el tamaño de la población), el nivel de estudios (sin estudios, primarios, secundarios o superiores), la situación de convivencia (en pareja, sólo, con familia, con amistades, en residencia) y la situación económica (pensionista, pensión no contributiva, en activo, en paro) y enfermedades.

2. Calidad de vida

Se utilizará para medir la percepción de la calidad de vida que tienen las personas participantes en el estudio, la escala EQ-5D, la cual indica con un 100 el mejor estado de salud y con un 0 el peor estado de salud imaginable. Se considera interesante el uso de esta escala por la facilidad de aplicación, su sencillez y su posibilidad de aplicación en personas que puedan tener alguna dificultad, puesto que incluye una valoración visual de la calidad de vida relacionada con la salud. El cuestionario contiene un sistema descriptivo, ya mencionado, con cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión). Cada una de ellas tiene tres niveles de gravedad (sin problemas, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves). La persona debe indicar el nivel de gravedad correspondiente a su estado de salud en cada dimensión, refiriéndose al mismo día en que cumplimenta el cuestionario (17).

3. Apoyo social percibido

Se utilizó el cuestionario MOS de apoyo social percibido, adaptado y validado en población española para enfermedades crónicas: enfermedad pulmonar obstructiva

crónica (EPOC), diabetes mellitus e hipertensión arterial. Este cuestionario de 20 ítems medidos en escala tipo likert con cinco opciones de respuesta (1=nunca a 5=siempre) mide tres áreas de apoyo social: a) apoyo emocional/informacional; b) apoyo afectivo, y c) apoyo instrumental (22).

Para la recogida de datos utilizamos un cuestionario en el que se detallan las siguientes variable socio económicas: Sexo, edad, lugar de procedencia (zona rural o urbana), nivel de estudios, situación de convivencia, situación económica y tipo de enfermedad/ es (si padece). Para esta recogida de información también utilizamos los cuestionarios mencionados EQ-5D sobre calidad de vida y el cuestionario MOS de valoración del apoyo social percibido.

La recogida de datos se ha realizado por parte de la investigadora en la misma habitación del/la paciente. Previamente se consultó con la supervisora del servicio y la pertinencia de aquellos pacientes para formar parte del estudio, puesto que son estas profesionales las que conocen la situación de cada paciente y si su estado de salud permite que sean entrevistados.

Antes de realizar la entrevista, se les explicó el objetivo y pretensiones del estudio a cada uno de los participantes en el mismo, quienes firmaron el consentimiento informado para poder formar parte de la investigación. Se les explicó así mismo que se trata de una participación voluntaria y que los datos recogidos serán tratados de forma confidencial y anónima.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En primer lugar se realizó un estudio descriptivo de todas las variables en estudio, obteniendo frecuencias y porcentajes, así como otras medidas de tendencia central en función del tipo de variable.

Para estudiar la relación entre la calidad de vida y el apoyo social percibido con las variables independientes, se realizaron diferentes pruebas de contraste de hipótesis en función del tipo de variable y del cumplimiento o no de criterios de normalidad,

aplicando test paramétricos en los casos necesarios. De este modo, se calculó en primer lugar la media de la escala EUROQOL-5D así como la media del MOS-SS y se estudió la asociación con las variables: sexo, edad, procedencia, educación, convivencia, situación económica y enfermedades.

Los datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico SPSS-20 (IBM, Chicago, Illinois, EE. UU.) (7).

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Un total de 59 personas participaron en este estudio, con una **media** de edad de 71, 47 años (DE: 6, 859), de las cuales 30 fueron varones y 29 mujeres. En cuanto a la procedencia, 11 personas (18,6%) viven en pueblos de menos de 1500 habitantes; otras 11 personas (18,6%) viven en pueblos de más de 3000 habitantes y la gran mayoría, 37 personas (62,7%), proceden de Zaragoza capital. Sólo 2 personas (3,4%) poseen estudios secundarios, 4 (6,8%) han realizado estudios universitarios, 16 (27,1%) no tienen ningún tipo de estudios, y la gran mayoría, 37 personas (62,7%) poseen estudios primarios. En cuanto a la convivencia: 36 personas (61,0%) viven en pareja; 11 están solos/as, (18,6%); 10 (16,9%) viven con su familia; y 2(3,4%) viven con amistades. Respecto a la situación económica 48 personas (81,4%) son pensionistas; 4 (6,8%) poseen una pensión no contributiva; 5 (8,5%) están en activo; y 2 personas (3,4%) están en el paro.

En enfermedades o patologías tenemos dos grupos de 13 personas (22,0%) cada uno, uno padece HTA junto con artrosis y el otro grupo sólo padece artrosis; 10 personas (16,9%) padecen artrosis y colesterol; otro grupo de 10 personas (20,3%) padece artrosis y diabetes mellitus tipo II; 9 personas (15,3%) padecen todas estas enfermedades en conjunto ya mencionadas, y por último sólo 2 personas (3,4%) padecen otro tipo de enfermedades no mencionadas con anterioridad. Todo lo citado queda reflejado en la **tabla 1**.

Tabla 1. Descripción de la población de estudio

| Variables Socio-económicas | N | % |
|--|----------|----------|
| <i>SEXO</i> | | |
| Hombre | 30 | 50,8 |
| Mujer | 29 | 49,2 |
| <i>EDAD</i> | 59 | 71, 47 |
| <i>PROCEDENCIA</i> | | |
| Pueblo de <1500 hab | 11 | 18,6 |
| Pueblo > 3000 hab | 11 | 18,6 |
| Ciudad | 37 | 62,7 |
| <i>EDUCACIÓN</i> | | |
| Sin estudios | 16 | 27,1 |
| Estudios primarios | 37 | 62,7 |
| Educación secundaria | 2 | 3,4 |
| Formación especializada (F.P. o Universidad) | 4 | 6,8 |
| <i>CONVIVENCIA</i> | | |
| Con pareja | 36 | 61,10 |
| Solo/a | 11 | 18,6 |
| Con familia (hijos, padres mayores...) | 10 | 16,9 |
| Con amistades | 2 | 3,4 |
| <i>SITUACIÓN ECONÓMICA</i> | | |
| Pensionista | 48 | 81,4 |
| Pensión no contributiva | 4 | 6,8 |
| En activo | 5 | 8,5 |
| En paro | 2 | 3,4 |
| <i>ENFERMEDAD</i> | | |
| Artrosis y HTA | 13 | 22,0 |
| Artrosis e hipercolesterolemia | 10 | 16,9 |
| Artrosis y diabetes mellitus | 12 | 20,3 |
| Artrosis | 13 | 22,0 |
| Todas las patologías mencionadas | 9 | 15,3 |
| Otras enfermedades no enunciadas | 2 | 3,4 |

RESULTADOS ESTUDIO ASOCIACIÓN

La **media** de la escala **EUROQOL-5D** fue de 9,22 (**DS 1,03**). Al no seguir una distribución normal, para su estudio se aplicaron pruebas no paramétricas. En la tabla 2 se indica la prueba con mayor cercanía a la significación estadística. Hay que recordar que en el instrumento utilizado, a mayor puntuación, peor estado percibido en cuanto a la calidad de vida, teniendo en cuenta que el valor máximo sería de 15 (peor calidad de vida). Así, de forma general, se observa una mala calidad de vida en la población de estudio. En cuanto a la relación entre ésta y las variables socio-económicas, únicamente en la *procedencia* y en el *nivel de educación* se observó la cercanía a la significación estadística entre dichas variables y la calidad de vida. Aquellas personas procedentes de

la ciudad tenían una menor puntuación, con lo que podría decirse que su percepción sobre la calidad de vida era mejor ($p=0,06$). Las personas con estudios primarios puntuaron más bajo que el resto de los grupos y las que superaron estudios secundarios, de formación profesional y superiores puntuaron más alto ($p=0,07$), aspecto que muestra que cuanto menor nivel de estudios mejor calidad de vida observado en nuestro estudio. En el caso de la **edad** se observó una cierta correlación inversa, pero muy débil ($S=0,06$) y además no existió significación estadística.

Tabla 2: Calidad de Vida (EUROQOL-5D) y variables socio-económicas

| VARIABLES | N | Media | Estadístico | Sig. |
|-------------------------|----|-------|-------------------------------------|------|
| SEXO | | | | |
| Varones | 30 | 9,10 | Medianas muestras independientes | 0,40 |
| Mujeres | 29 | 9,34 | | |
| EDAD | 59 | 71,4 | -0,06 (Spearman) | 0,64 |
| PROCEDENCIA | | | | |
| <1500 habitantes | 11 | 9,72 | Medianas de muestras independientes | 0,06 |
| >3000 habitantes | 11 | 9,36 | | |
| Ciudad | 37 | 9,02 | | |
| EDUCACIÓN | | | | |
| Sin estudios | 16 | 9,43 | Medianas de muestras independientes | 0,07 |
| Primarios | 37 | 9,00 | | |
| Secundarios | 2 | 10,0 | | |
| FP o Superior | 4 | 10,0 | | |
| CONVIVENCIA | | | | |
| Pareja | 36 | 9,22 | Medianas de muestras independientes | 0,17 |
| Sola/o | 11 | 9,63 | | |
| Familia | 10 | 8,80 | | |
| Amistades | 2 | 9,00 | | |
| SITUACIÓN ECONÓMICA | | | | |
| Pensionista | 48 | 9,16 | Medianas de muestras independientes | 0,76 |
| Pensión No contributiva | 4 | 9,75 | | |
| En activo | 5 | 9,40 | | |
| En paro | 2 | 9,00 | | |

En cuanto al apoyo social percibido, según los datos obtenidos podemos ver que existe una **media** de 15,56 (MOS 1), que es el número aproximado de amigos íntimos o familiares, con los que pueden contar los pacientes entrevistados; siendo la **desviación típica** de **9,781**, tratándose como se ha comentado, de un ítem que se valora de forma independiente.

Tras valorar el primer ítem, el valor máximo posible a alcanzar en este cuestionario, incluyendo las preguntas de 2 a 20 es de 95, máximo valor positivo. En la población de estudio, se obtuvo una media de 75,81 (**DS 8,15**). Existe por lo general, un elevado apoyo social percibido en la mayoría de los ítems de la escala, cuya **media** oscila entre 3,58 y 4,51. Se observaron dos ítems con menor puntuación, el 16 y 17 que fueron respectivamente, *alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos* (3,58; DS ,951) y *alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas* (3,58; DS ,814)

Como puede observarse en la tabla 3, se encontró una asociación entre la *edad* y *situación económica* con el apoyo social percibido de las personas que participaron en el estudio. Se observó una correlación positiva, aunque débil (entre la edad y el **MOS-SSS**, sin alcanzar la significación estadística. Lo que significa, Pearson de $0,21 < 0,3$) que a mayor edad menor apoyo social percibido en las personas de nuestro estudio. Por otro lado, aquellas personas que estaban en paro, mostraron una media menor en la puntuación del cuestionario y las que estaban en activo una mayor puntuación, asociación que resultó ser estadísticamente significativa ($p > 0,001$). Aspecto que nos indica que reciben un mayor apoyo social todas aquellas personas que siguen en activo a diferencia de aquellas que están en paro.

Tabla 3: Apoyo Social Percibido (MOS-SSS) y variables socio-económicas

| VARIABLES | N | Media | Estadístico | Sig. | IC (95%) |
|--------------------------------|----------|--------------|--------------------|-------------|-----------------|
| SEXO | | | | | |
| Varones | 29 | 76,4 | | | |
| Mujeres | 29 | 75,1 | 0,58 (t) | 0,56 | -3,09-5,64 |
| EDAD | 59 | 71,4 | 0,21 (r) | 0,09 | - |
| PROCEDENCIA | | | | | |
| <1500 habitantes | 11 | 78,72 | | | 72,65-84,80 |
| >3000 | 11 | 78,09 | | | 74,09-82,08 |
| Ciudad | 36 | 74,22 | 1,82 (F) | 0,17 | 71,37-77,06 |
| EDUCACIÓN | | | | | |
| Sin estudios | 16 | 76,06 | | | 72,00-80,12 |
| Primarios | 36 | 75,47 | | | 72,44-78,50 |
| Secundarios | 2 | 74,50 | | | 42,73-106,2 |
| FP o Superior | 4 | 78,50 | 0,17 (F) | 0,91 | 66,98-90,01 |
| CONVIVENCIA | | | | | |
| Pareja | 36 | 72,22 | | | 74,73-79,71 |
| Sola/o | 11 | 73,72 | | | 67,77-79,67 |
| Familia | 10 | 77,80 | | | 75,81-79,78 |
| Amistades | 2 | 52,50 | (K-W) | 0,67 | 46,14-58,85 |
| SITUACIÓN ECONÓMICA | | | | | |
| Pensionista | 47 | 76,00 | | | 73,92-78,07 |
| Pensión No contributiva | 4 | 78,75 | | | 65,60-91,89 |
| En activo | 5 | 81,00 | | | 74,19-87,80 |
| En paro | 2 | 52,50 | 8,61 (F) | 0,000 | 46,14-58,85 |

t= t de Student

r= Coeficiente Correlación de Pearson

(F)= ANOVA de un factor

DISCUSIÓN

Los resultados expuestos en el presente estudio muestran la relevancia que tienen las *variables socioeconómicas* (sexo, edad, lugar de procedencia, nivel de estudios, situación de convivencia, situación económica, tipo de enfermedad/ es), en la *percepción de salud o calidad de vida* y el *apoyo social* percibido, que están tan relacionadas con el bienestar psicológico y físico de los adultos mayores (21).

La esperanza de vida de las mujeres es superior a la de los hombres, tendencia que va a continuar, aunque no de una forma contundente, esto es, atenuándose levemente las diferencias en el futuro. Así pues según los autores Mondragón J y Santamaría E, esta situación puede estar relacionada con que la **esperanza de vida** de los hombres está *aumentando* debido a que las condiciones de vida y de trabajo de los mismos han ido mejorando a lo largo de los años. Puede ser consecuencia de que, en el caso de las mujeres, suceda al contrario, que al compaginar el trabajo doméstico con el trabajo fuera del hogar se generen unas condiciones de vida negativas para ellas (23). En nuestro estudio se observa una mayor percepción de calidad de vida y apoyo social en el hombre tras la intervención de PTR que en la mujer, aunque no existe ninguna significación estadística en los resultados finales de nuestro estudio que la confirme como tal .

Respecto a la **situación de convivencia** de las personas mayores, es más frecuente *vivir acompañado*, suelen vivir en pareja (61,0%); 11 viven solos (18,6%); 10 (16,9%) viven con su familia; y 2 (3,4%) viven con amistades, tal y como reflejan los datos obtenidos para nuestro estudio. Los autores señalados, Mondragón J y Santamaría E., afirman que, la mayor supervivencia de las mujeres supone una importante desventaja. En la mayoría de los casos, cuando los hombres llegan a mayores y se generalizan las enfermedades y/o discapacidades cuentan con el apoyo de su mujer. En el caso de las mujeres no sucede así (23). Podemos comprobar que según estos autores, hoy día, otra de nuestras hipótesis expuestas también coincide en algunos aspectos, puesto que el hombre demuestra tener mayor ventaja que la mujer respecto al apoyo social recibido, suelen vivir acompañados y por tanto suelen tener mejor evolución, sobre todo tras algún tipo de intervención quirúrgica. En nuestro estudio, esta situación se ve reflejada en el alto porcentaje de personas interrogadas que viven acompañadas,

las cuales presentan el mismo apoyo social tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres, no existe ninguna diferencia estadística significativa entre ambos sexos.

Además, según los autores Cabasés Hita J.M y Sánchez Iriso E, los **grupos sociales menos favorecidos** declaran más problemas de salud que los pertenecientes a clases más elevadas, esta tendencia se produce en todas las dimensiones, y para ambos sexos, excepto en la dimensión ansiedad/depresión, en la que algunas categorías sociales declaran menos problemas que otras de clase social superior. Igualmente apoyan el hecho manifiesto de que los grupos sociales **menos educados** perciben peor salud, especialmente las mujeres. Estos resultados se contradicen con los obtenidos en otros estudios y por otros indicadores de salud auto percibidos. Así como aquellos que perciben más gravedad y problemas de salud mental previos a la intervención, perciben peor calidad de vida al año de la artroplastia, con resultados similares a otros estudios publicados: BiRollfson O y Quintana JM (24). Respecto a la variable de la situación económica en nuestra población de estudio coincidimos con estos autores, pero en el caso del nivel de estudios sucede lo contrario. Se percibe mayor calidad de vida en aquellas personas que tienen menor nivel de estudios, según los resultados estadísticos obtenidos.

El autor Caballeros Mazariego L.G afirmó en su estudio que hubo una mejoría en la calidad de vida en su totalidad de los pacientes intervenidos de PTR, ya que antes del procedimiento los pacientes no podían realizar acciones tan sencillas como caminar sobre terreno plano, sufrían dolor al subir y bajar escaleras, etc, justo después si, además de percibir una gran mejoría en el alivio del dolor (25). Coincidiendo con estas aportaciones, en nuestro estudio hemos observado una mejor calidad de vida en la persona intervenida de PTR que en ésta misma antes de la intervención.

Según los autores Navarro Collado M.J. y Peiró S. respecto a los factores asociados con la calidad de vida, no percibieron notables diferencias en los casos de rehabilitación, dimensiones como la edad, el estado civil y la ayuda social de su población en estudio. Ser mujer se asoció a peores puntuaciones salvo *función física, rol emocional y rol funcional*, en las que no se hallaron diferencias con los hombres. Los pacientes sin estudios-primarios tuvieron una peor puntuación en la dimensión *función física*. Respecto a la actividad, los jubilados por edad mostraron una mejor puntuación en la dimensión *salud mental y rol social*. La falta de **apoyo social** se asoció a peores

puntuaciones en las dimensiones *salud general* y *salud mental*, mientras que en la residencia, lugares diferentes al propio domicilio, también se asoció a peores puntuaciones de *salud general*. El diagnóstico de artritis reumatoide se asoció a peores puntuaciones en *salud general* y *dolor*. La indicación de tratamiento fisioterápico se asoció a peores resultados en función física (26).

Los autores Arévalo Vilchis F y Fernández Ortega M. A. también coinciden con estos anteriores sobre la ocupación, ya que obtuvieron la similar alta frecuencia con que los pacientes operados que se encontraban en activo (independientemente del tipo de actividad laboral), presentaron más complicaciones que los pacientes jubilados (5).

No he encontrado artículos que hagan referencia a las diferencias entre el **entorno rural** y urbano, en la que se menciona que existe mejor calidad de vida y apoyo social en aquella población que vive en un entorno rural. Pero como aportación se observa en nuestro estudio qué existe un mayor porcentaje de personas que habitan en la ciudad, y qué su percepción sobre la calidad de vida es mejor que en aquellas que viven en entornos rurales.

Lo que me ha parecido más relevante según indican los resultados obtenidos, es que se haya percibido una mayor calidad de vida en aquellas personas con menor nivel de estudios y; aún sin haber alcanzado la significación estadística que se perciba menor apoyo social en las personas con mayor edad. Aspectos que me llaman la atención, y opino que a día de hoy se cumplen de cierta manera en nuestra sociedad, sobre todo el poco apoyo social que siguen recibiendo algunos sectores de mayores, es triste, pero continúa siendo así.

CONCLUSIÓN

1. En cuanto a la relación entre la escala **EUROQOL- 5D** y las variables socio-económicas, únicamente en la *procedencia* y en el *nivel de educación* se observó la existencia de asociación entre dichas variables y la calidad de vida. Aquellas personas procedentes de la ciudad tenían una menor puntuación, con lo que podría decirse que su percepción sobre la calidad de vida era mejor ($p=0,06$). Las personas con estudios primarios puntuaron más bajo que el resto de los grupos y las que superaron estudios secundarios, de formación profesional y superiores puntuaron más alto ($p=0,07$), aspecto que significa que cuanto menor nivel de estudios mejor calidad de vida observado en nuestro estudio. Con el tema de la *edad* existió una pequeña correlación inversa, pero muy débil, así que en esta variable no hay nada relevante.
2. Se observó una correlación positiva, pero débil (de Pearson de $0,21 < 0,3$) entre la edad y el **MOS-SSS**, sin alcanzar la significación estadística. Lo que significa que a mayor *edad* menor apoyo social percibido en las personas de nuestro estudio. Por otro lado, aquellas personas que estaban en *paro*, mostraron una media menor en la puntuación del cuestionario y las que estaban en **activo** una mayor puntuación, asociación que resultó ser estadísticamente significativa ($p>0,001$). Aspecto que nos indica que reciben un mayor apoyo social todas aquellas personas que siguen en activo.

Tanto el apoyo social percibido como la percepción de salud o calidad de vida presentaron una relación significativa con el bienestar psicológico, aunque la primera variable tiene una relación notoriamente mayor que la segunda con el bienestar psicológico de los adultos mayores (21).

Existen evidencias de que la existencia de una red social adecuada (entorno familiar, laboral, amistades...) podría influir en la modificación de las estrategias de afrontamiento, en la integración o participación social y en el incremento de la motivación, actuando como un posible predictor de discapacidad en la vejez. El apoyo social percibido no sólo influiría en el bienestar al proporcionar estabilidad emocional,

atención y protección de otros, sino que también permitiría al individuo un mayor control percibido, sentirse productivo y tener un sentido en la vida (21).

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi tutor principalmente toda la ayuda y asesoramiento necesario que he recibido durante todo este período de tiempo, en el que he realizado mi trabajo de investigación. Sin su ayuda la realización de este trabajo no hubiera sido posible. A todos los pacientes que colaboraron en los cuestionarios, los cuales aportaron la información necesaria para poder desarrollar mi estudio.

También agradezco las acertadas opiniones que recibí de compañeras del Máster y familia, en el transcurso de la elaboración de mi trabajo, y el apoyo conjunto de todos ellos.

BIBLIOGRAFIA

- (1) *Escamilla Vichido C,L, Domínguez Macouzet JJ, Sierra Martínez O* . Rev. Hospital General Dr. M Gea González. Frecuencia de complicaciones de la artroplastia de rodilla en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. 2006. Vol 7, No. 1Págs. 18-21.
- (2) *Ortega Andreu, M.; Barco Laakso, R., y Rodríguez Merchán, E.C.* Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, Hospital Universitario La Paz, Madrid. Revista Ortopédica Traumatología 2002; 5:476-484.
- (3) *López Liria R, Catalán Matamoros D. J, Rocamora Pérez P, Padilla Gógora D, Martínez Cortés M.C, Rodríguez Martín C. R.* Análisis de las patologías con mayor prevalencia en las Unidades Móviles de Rehabilitación y Fisioterapia de la provincia de Almería. Gac. sanit. (Barc) 2012; 26(3):284-287.
- (4) *Castells X, Comas M, Guerrero R , Espallargues M , Allepuz A, Sabatés S , Pons M, Coll M.* Impacto de la cirugía para el recambio de prótesis de rodilla en el Sistema Nacional de Salud Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, 2014. Colección: Informes, estudios e investigación / Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitaria.
- (5) *Arévalo Vilchis F , Fernández Ortega M.A, Ponce Rosas E.R, Cruz Sánchez D. X* . Estudio multivariado sobre determinación de factores socio demográficos relacionados con el éxito o fracaso en la cirugía de prótesis de rodilla. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2013; 29(2):112-120.
- (6) *Forriol F, Hernández Vaquero D, Monllau J. C, Montserrat F, Valentí J. R, Vaquero J.* Estudio multicéntrico sobre la repercusión de las lesiones meniscales y de ligamento cruzado anterior previas a la cirugía protésica en pacientes intervenidos de prótesis de rodilla. Metas enfermería 2006; 9(10): 50-56.
- (7) *Gil-Martínez P, Sanz P, López-Torres I, Arnal- Burró J, .Chana F y Vaquero J.* Influencia de la causa de revisión en el resultado tras revisión protésica de rodilla con

implante varo-valgo constreñido. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España, 2016.

(8) *Kunutsor S.K, Whitehouse M.R, Blom A.W, Beswick A.D.* Risk factors related to the patient for periprosthetic joint infection after total joint arthroplasty: a systematic review and meta- analysis. *INFORM team plus one*, 2016; 11 (3): e0150866.

(9) *Díaz Heredia J, Loza E, Cebreiro I, Ruiz Iban, MÁ.* Analgesia preventiva en artroplastia de cadera o rodilla: una revisión sistemática. *Rev. esp. cir. ortop. traumatol.* 2015; 59(2):73-90.

(10) *Clara Hernández C, Díaz Heredia Jorge, Berraquero M. L, Crespo P, Loza E, Ruiz Ibán M.A.* Factores predictores prequirúrgicos de dolor postquirúrgico en pacientes sometidos a artroplastia de cadera o rodilla. Una revisión sistemática. *Reumatol. clín. (Barc.)*2015;11(6):361-380.

(11) *Meza Aguayo J. R, Ayala Sierra† J. A.* Evolución clínica de la artroplastia total de rodilla de revisión: presentación de casos y revisión de la literatura. *Revista Médica Hondureña* 2008; 76:70-73.

(12) *Escobar , A.; González, N.; Quintana , Jose M., Y Las Hayas, C.* Priorización de pacientes en lista de espera para prótesis de rodilla y cadera: la opinión de los pacientes. Unidad de Investigación. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya. España. Unidad de Investigación. Hospital de Galdakao. Galdakao. Vizcaya. España. *Gaceta Sanitaria* v.19 n.5 Barcelona set.- oct. 2005.

(13) *Castiella Muruzábal S , López-Vázquez MA , No Sánche J, García Fraga I ,Suárez Guijarro J ,Bañales Mendoza T .* Artroplastia de rodilla . Knee arthroplasty. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Juan Canalejo. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Medicina Familiar y Comunitaria. UAP de Malpica. La Coruña. As Xubias, 84 15006 A Coruña Correo electrónico: Simon_Castiella@canalejo.org.

(14) *Zamora Sánchez J.J, Martínez Luque R, Puig Girbao N, Lladó Blanch M, Quílez Castillo F.* Programa de continuidad de cuidados al alta en una unidad de hospitalización a domicilio. *Metas enfermería*, 2009; 12 (3):23-30.

(15) *Sánchez Criado V, López Medina I. M.* Plan de cuidados estandarizado para el paciente intervenido de artroplastia total de rodilla. *Enferm. clín.* 2004; 14(3):177-183.

(16) *Marín Daza M.M.* Actuación enfermera con una paciente intervenida de rodilla. *Metas enferm.* 2006; 9(10):50-56.

(17) *Herdmana M, Badiab X y Berra S.* Cuestionario en atención primaria . El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. Artículo 42.618. *Atención Primaria* 2001. 15 de octubre. 28: 425-429.

(18) *Costa Requena G, Salameo M y Gila F.* Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer, Unidad de Psico- Oncología. Hospital Duran i Reynals. Instituto Catalán de Oncología. Artículo 180.620. *MedClin (Barc).* 2007; 128:687-91.

(19) *Cabasés Hita J.M, Sánchez Iriso E, Andrea O.L, Errea Rodríguez M.* Calidad de vida relacionada con la salud en el adulto EQ-5D-5L. Serie Informes monográficos nº3. Madrid. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. NIPO 680-14-081-9s.

(20) *López Alonso S, Angel Rueda M, Jiménez Calderón M.C, Martínez Sánchez C y Romero Cañadillas A.B.* Memorias del proyecto de investigación. Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en personas intervenidas de artroplastia total de cadera y rodilla. Hospital Virgen de la Macarena (Sevilla capital), y Hospital La Merced (Osuna, Sevilla). . 2005. 10 (19).

(21) *De la Revilla L, Luna del Castillo J, Bailón E, Medina I.* Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia.* 2005; 6:10-23.

(22) *Vivaldi F, Barra E.* Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*. Copyright (Santiago) 2012; vol.30 , N° 2, 23-29.

(23) *Mondragón J, Santamaría E, Izaola A.* Las personas mayores en el contexto de crisis: entre la dependencia y el sostenimiento familiar . *Inguruak* 2015, 59: 157-173
ISSN: 0214-7912.

(24) *Cabasés Hita J.M, Sánchez Iriso E, Ollo López A, Errea Rodríguez M.* Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12 .Serie Informes monográficos nº 3. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2014. NIPO 680-14-081-9.

(25) *Caballeros Mazariegos L. G.* Tesis: Calidad de vida de los pacientes con prótesis totales de rodilla. Universidad de San Carlos, Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Estudios de Postgrado. 2015.

(26) *Navarro Collado M. J, Peiró S, Pérez Moltó J, Hernández Royo A.* Resultados funcionales y satisfacción, en la rehabilitación tras artroplastia de rodilla. Editado por: Conselleria de Sanidad. Subsecretaria per a l' Agència Valenciana de la Salut. 2003.
ISBN: 84-482-35

ANEXOS

Características sociodemográficas y médicas de la muestra estudiada

Sexo:

1. Varón
2. Mujer

Edad

Procedencia:

1. Pueblo de < 1.500 habitantes
2. Pueblo entre 1.500 y 3.000 habitantes
3. Pueblo de > 3.000 habitantes
4. Zaragoza ciudad

Educación:

1. Sin estudios
2. Estudios primarios
3. Educación secundaria
4. Formación especializada (F.P o Universidad)

Convivencia:

1. Con pareja
2. Solo/a
3. Con familia (hijos, padres mayores...)
4. Con amistades

Situación económica:

1. Pensionista
2. Pensión no contributiva
3. En activo
4. En paro

Enfermedades:

1. HTA
2. Hipercolesterolemia
3. Diabetes Mellitus
4. Artrosis
5. Todas las patologías anteriores (HTA, COLESTEROL, DM, ARTROSIS)
6. Otras enfermedades o intervenciones hospitalaria

CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL-5D

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

| |
|--|
| |
| |
| |

Cuidado personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

| |
|--|
| |
| |
| |

Actividades cotidianas (p. ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

| |
|--|
| |
| |
| |

Dolor/malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

| |
|--|
| |
| |
| |

Ansiedad/depresión

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

| |
|--|
| |
| |
| |

Valores del coeficiente de correlación ítem-escala, media, desviación estándar
De los ítems del MOS-SSS (Medical Outcomes Study-Social Support Survey)

1. Número de amigos íntimos o familiares

| | Nunca | Pocas veces | Algunas veces | La mayoría de veces | Siempre |
|---|-------|-------------|---------------|---------------------|---------|
| 2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Alguien que le muestre amor y afecto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Alguien con quien pasar un buen rato | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| y de sus preocupaciones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Alguien que le abrace | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Alguien con quien pueda relajarse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Alguien cuyo consejo realmente desee | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| sus problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| más íntimos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| personales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Alguien con quien divertirse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Alguien que comprenda sus problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

VALORES ESCALA DE MOS-SSS

| VALORES | MAXIMO | MEDIO | MINIMO |
|--------------------------------------|--------|-------|--------|
| Apoyo emocional | 40 | 42 | 8 |
| Apoyo instrumental | 20 | 12 | 4 |
| Apoyo de interacción social positiva | 20 | 12 | 4 |
| Apoyo afectivo | 15 | 9 | 3 |
| índice global | 95 | 57 | 19 |